

Daniel Widmer, Alexandre Jollien

Ohne Empathie geht nichts

Gespräche mit Alexandre Jollien über Komplexität in der Medizin, zweites Gespräch

Zusammenfassung des ersten Gesprächs (PrimaryCare Heft 7/2009): In seinen Ausführungen hat der Philosoph Alexandre Jollien dargelegt, dass Komplexität in der Sache, zugleich aber in der Beziehung zur Sache liegt, dass es Komplexität an sich (objektiv) gibt, die das Geflecht der Multikausalität widerspiegelt, und Komplexität für uns (subjektiv). Komplexität enthüllt sich, legt sich nahe; was man lernt, ist die Beziehung zur Komplexität.

Primary Care: In unserem zweiten Gespräch möchte ich den Begriff der subjektiven Komplexität genauer unter die Lupe nehmen.

Alexandre Jollien: Subjektive Komplexität ist die Art und Weise, wie ich als Arzt oder ich als Patient mit der objektiven Komplexität der Welt oder des anderen interagiere: meine Beziehung zur Komplexität des Realen; die Art des Umgangs mit der Tatsache, dass sich der Patient mir nie restlos erschliesst, dass alles in einem System verflochten ist. Angesichts der Realität kann der Arzt in innere Konflikte geraten, nämlich die eigenen diagnostischen Absichten, die eigenen Prioritäten über die gelebte Erfahrung des Patienten stellen; die Gefühle des anderen wahrnehmen, aber auch selbst betroffen sein; um das Wohl des Patienten oder um die eigene Autonomie besorgt sein usw. Damit sind wir bereits bei der Empathie des Arztes. Einen Beruf wie den Arztberuf auszuüben, das erfordert meiner Meinung nach ein hohes Mass an Selbstdisziplin. Nur so wird es möglich, dem anderen die eigene Persönlichkeit nicht aufzuzwingen und empathisch zu handeln. Im Bewusstsein meiner Subjektivität kann ich auf den anderen mit einem Minimum an Vorurteilen zugehen und Empathie und Zugänglichkeit ausstrahlen. Je besser ich mich kenne, umso mehr befreie ich mich innerlich von Vorurteilen und Determinismen und umso offener bin ich für den anderen. Daher die Notwendigkeit, die eigene Subjektivität im Griff zu haben. Auch das meint die hippokratische Maxime «in erster Linie nicht schaden».

Verstehe ich Sie richtig, dass der Arzt dann zur Gefahr wird, wenn er seine Subjektivität aufzwingt?

Die eigene Subjektivität «aufzwingen» oder von ihr «ausgehen» ist nicht dasselbe. Aufzwingen heisst, nur noch sie zu sehen und so Subjektivität als Form von Aggression zu praktizieren. Von seiner Subjektivität ausgehen heisst, die eigene Urteilskraft, die eigene Sensibilität und diejenige des Patienten in die Beziehung mit ihm einzubringen.

Und Empathie?

Gerade im komplexen Feld der Intersubjektivität kommt Empathie ins Spiel. Empathisch sein heisst, vorurteilslos zugänglich zu sein für das, was der Patient empfindet. Die spontane Reaktion bestünde darin, die eigene mentale Verfassung auf das Gegenüber zu projizieren: «In dieser Situation würde ich so reagieren ...». Empathie ist eine Frage des Sich-Einstellens auf den Patienten: sich auf dessen Gefühlslage einstellen, um ihn zu verstehen und ihm zu helfen. Ich möchte dies an einigen an Max Scheler orientierten Kategorien aufzeigen. Es gibt eine *Empathie der Herde*: Ich gehe an ein Fest, spüre die fröhliche Atmosphäre und fühle die Fröhlichkeit aller,

ohne zwingend mit ihnen zu kommunizieren. Dann gibt es die *verschmelzende Empathie* (Einfühlung): Ich identifiziere mich mit dem Patienten oder, schlimmer, ich identifiziere ihn mit mir. Schliesslich gibt es eine Empathie, welche die *Zurücknahme des Selbst* fordert: Ich bemühe mich, die Gefühlslage des Patienten nicht durch meine Wertebrikle zu interpretieren; ich respektiere seine Sicht der Welt, seine Sensibilität, seine Einzigartigkeit und bin mir zugleich meiner eigenen Gefühlslage bewusst (Mitgefühl). Es handelt sich nicht um kalte Distanznahme, sondern um ein umsichtiges Herantasten an die Realität des Patienten. Das ist die Komplexität der Empathie: eine Gratwanderung, um auf die Realität eingestellt zu bleiben, ohne ins Herdenmässige oder Verschmelzende zu fallen. Subjektive Komplexität ist Spannung.

Empathisch sein heisst, vorurteilslos zugänglich zu sein für das, was der Patient empfindet.

Empathie setzt also bei der Arbeit an der Subjektivität des Arztes ein, der sich seiner «apostolischen Funktion» bewusst wird, wie Balint sagt. Also einmal mehr ein – möglicherweise widersprüchliches – zweifaches inneres Streben beim Arzt: empathisch mit sich selbst zu sein, um es für den Patienten zu sein. Sie selbst haben eine Vorlesung für Studierende im dritten Jahr besucht – mit einem simulierten Patienten mit Bauchweh. Sie konnten sich in die Rolle des Arztes versetzen. Was hat Ihnen diese Erfahrung mit Blick auf Komplexität und Empathie gebracht?



Im Hinblick auf den Wonca-Kongress 2009 (16.–19. September) in Basel publiziert PrimaryCare eine Artikelserie zum Kongressthema «The Fascination of Complexity – Dealing with Individuals in a Field of Uncertainty».

Renommierete Persönlichkeiten aus den Gebieten der Mathematik, Soziologie, Theologie und Philosophie schreiben zum Thema der Komplexität und Unsicherheit.

Bereits erschienene Artikel dieser Serie: Siehe unter www.primary-care.ch → Archiv → «Fascination of Complexity»

Die Redaktion

Tatsächlich konnte ich feststellen, wie schwierig es für den Arzt ist, seine verschiedenen «Missionen» zu erfüllen: die richtige Diagnose stellen, auf den Patienten eingehen, auf den Notfall reagieren. Sobald Empathie nur ein Instrument unter anderen ist, wirkt sie etwas gekünstelt. Empathie kann hohl sein, wenn sie nicht zuerst Zugänglichkeit, aber auch innere Befragung, Präsenz bei sich selbst und für den anderen ist. Es geht eher um eine Haltung als um eine Kompetenz. Sie lässt sich nicht auf eine Technik, auf eine Palette von Fragen reduzieren. Sie ist kein Gesprächsmoment, sie gründet das Gespräch. Sie ist so etwas wie ein Kompass, der zusammen mit anderen Indikatoren die einzuschlagende Richtung anzeigt.

Hier nun hakt Madame Pahud¹ (sie wurde bereits im ersten Gespräch thematisiert) nach und fragt Sie: Aber wie Empathie lehren? Ich möchte dazu nur so viel sagen: Nach meiner Erfahrung befürchten Studierende oft, mit Empathie würden sie Türen aufstossen, die nicht mehr geschlossen werden können, und unkontrollierbare Emotionen auslösen. Sollte der Lehrende auch mit dem Studierenden empathisch sein?

So ist es. Empathie erspart einem Selbsterkenntnis nicht, und man kann nicht den Anspruch erheben, auf den anderen eingestellt zu sein, wenn man nicht mit sich selbst im Reinen ist. Ein Schritt in Richtung Empathie bestünde darin, die eigenen Ängste, Erfahrungen in Worte zu fassen, ihrer bewusst zu werden. Das sollte der Lehrende in erster Linie zeigen. Ich habe den Eindruck, in meiner Patientenkariere seien mir Ärzte begegnet, die das Problem der Emotionen ein für allemal geregelt haben: Unter Verschluss halten und die Sache ist erledigt. Sich in Medizin auszubilden ruft gerade danach, sich dieser Gefahr bewusst zu werden und angemessene Instrumente zu suchen.

Empathie erspart Selbsterkenntnis nicht, und man kann nicht den Anspruch erheben, auf den anderen eingestellt zu sein, wenn man nicht mit sich selbst im Reinen ist.

Wie stellen Sie sich diese Instrumente vor?

An erster Stelle denke ich an die Supervision. Sie erlaubt es, die eigenen Haltungen zu formulieren und in Frage zu stellen. Vielleicht ist es nicht unnützlich, daran zu erinnern, dass Galen zu einem «Aufseher» (epistates) riet – einem Supervisor nicht unähnlich.

Die Supervision ist ein Instrument für den ausgebildeten Arzt. Wie soll man es sich für den Studierenden vorstellen?

Es geht vor allem darum, die Studierenden für die Notwendigkeit zu sensibilisieren, offen zu sein, sie für den Blick von aussen zugänglich zu machen. Was uns einmal mehr auf Komplexität zurückwirft: Sie zieht eine Vielfalt von Standpunkten nach sich. Aber Sie sind der Fachmann; an Ihnen liegt es, mir die Instrumente anzuzeigen: Was machen Sie konkret? Ich lasse Sie einen Augenblick, denken Sie nach ...

Nun?

Der Studierende wird in eine konkrete Gesprächssituation mit einem Patienten versetzt und anschliessend wird analysiert, was passiert ist. Vieles geht auf Automatismen zurück, auf unbewusste Bewegungen, die man in der Situation selbst gar nicht wahrnimmt. Einer meiner Lehrer pflegte zu sagen, wir sollten lernen, innezuhalten und uns zu fragen, ob wir es hätten anders machen können. Nützlich für die Vorlesungen sind in meinen Augen Diskussionen mit einer Gruppe von Berufskollegen, aber auch Videoaufnahmen. Immer wieder muss man auf Fragen zurückkommen wie: «Was fühlten Sie in jenem Augenblick?», «Was dachten Sie?», «Was wollten Sie eigentlich?»

Dieses Zurückkommen auf das, was passiert ist, ist wesentlich und beruht auf dem für den praktizierenden Arzt unabdingbaren Blick auf sich selbst. Hier fällt das Resultat der Suche nach Instrumenten dürftig aus. Genau das zeigt die Komplexität dieser Realität an und signalisiert die wichtigste Frage überhaupt: Was bleibt nach zehnjähriger Berufsausübung von der Ausbildung? Es gilt, der Gleichgültigkeit zu wehren. Kann der Dozent einen gewissen Sinn für Lebenskunst vermitteln, dann hat er in meinen Augen seinen Auftrag erfüllt.

Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Widmer
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 2, Avenue Juste-Olivier
 1006 Lausanne
 widmer@primary-care.ch

¹ Lieblingsfigur des Schweizer Kabarettisten François Silvant (1949–2007).